LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

nique chirurgicale : Rapports pathologiques entre le nez et s yeux, par A. Castex, 225. — **Clinique médicale** : Fistule iliaire cutanée, par M. le Dr Bonnet, 228. — Suicide par les outtes amères de Baumé, par le Dr Bonnet, 229. — **Bibliographie** : Recherches sur les causes des mouvements du cœur, ur son innervation et son indépendance motrice, par le r Léon Germe, 230. — **Revue de la presse** : Deux chancres yphilitiques éloignés et successifs sur le même sujet, 231. — lopécie syphilitique totale des cils, 232. — **Académie des ciences** : *Séance du 29 mars* 1897. Présidence de M. Chatin. — ériode réfractaire et synchronisation des oscillations nerveuses, 32. — Démonstration de l'existence des nerfs vaso-sensibles égulateurs de la pression sanguine, 232. — Action de la bile et es sels biliaires sur le système nerveux, 232. — Radiographie l'un homme et d'une femme (tronc et bassin), 232. — **Académie de médecine** : *Séance du 6 avril* 1897. Présidence de M. Caventou. — Fracture de la clavicule, 233. — Présentations, 33. — Election, 233. — Appendicite, 233. — Convention internationale de Venise, 233. — Hémianopsie horizontale, 234. — De la cure radicale du mal perforant par l'élongation des nerfs plantaires.—La ponction lombo-sacrée ; matériel et technique ; utilité diagnostique et thérapeutique. — Nouvelles remarques sur le traitement des déviations vertébrales (scoliose et mal de Pott). Réclamation de priorité relative au traitement des gibbosités pottiques par réduction en un temps sous chloroforme, 234. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 2 avril* 1897. Présidence de M. Debove. — Diagnostic, traitement médical et indications opératoires de l'appendicite, 234. — Du séro-diagnostic dans un cas de tuberculose aiguë et de fièvre typhoïde, 235. — Ictère chronique, 236. — Ectopie cardiaque, 236. — **Société de chirurgie** : *Séance du 7 avril* 1897. Présidence de M. Delens. — De la valeur de l'amputation de Syme, 237. — Arthrotomie de la hanche. Curetage, 237. — Pied plat valgus. Double opération d'Ogston. — Quelques fractures traitées par la méthode ambulatoire, 238. — **Variétés** : Paix et confraternité, 237. — **Nouvelles**, 240. — **Bulletin bibliographique**, 240.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Rapports pathologiques entre le Nez et les Yeux,

Par A. Castex.

Chargé du cours de laryngologie, rhinologie et otologie à la Faculté de médecine.

Le retentissement des affections générales sur l'appareil de la vision est bien connu et l'on a cru pouvoir expliquer par ce fait anatomique que les divers tissus de l'organisme sont représentés dans le globe de l'œil ou ses annexes. Les ophtalmologistes ont principalement noté les relations morbides des yeux avec les fosses nasales ou leurs sinus qui entourent si complètement l'appareil visuel.

La question n'est devenue classique que depuis 1882, grâce aux travaux de Ziem. Mais déjà, au siècle dernier, Richter avait soutenu contre Scarpa que certaines affections du sac lacrymal étaient explicables par des rhinopathies et Hunter avait noté, en 1771, les « symptômes d'irritation du côté de l'œil » dans les affections du sinus maxillaire qu'il a bien décrites (1).

En 1882 Ziem guérit par une saignée de la muqueuse nasale une irido-cyclite survenue dans le décours d'une variole, et, se fondant sur ce résultat, se mit à chercher le rôle des relations vasculaires dans les affections oculo-nasales.

E. Berger, dans une communication à la Société de médecine pratique, en janvier 1892, a présenté sur le sujet une étude d'ensemble où il adopte, pour l'interprétation, la théorie nerveuse des réflexes.

Parmi les travaux les plus importants publiés sur la question figurent les communications de Trousseau à la Société française d'ophtalmologie, en 1887, où il étudie les troubles réflexes, l'asthénopie, les ulcères cornéens attribuables à des affections nasales ; celles du Pr Panas, à la même Société, en 1890, sur le rôle des sinusites; la Revue très complète et très méthodique de Georges Laurens insérée en 1895 dans la *Gazette des hôpitaux* (2).

Dans l'étude de cette connexion morbide reviennent souvent les noms de Cozzolino, Lennox-Browne, Despagnet, Abadie, Terson (3), Kaplan. A consulter aussi le récent atlas d'ophtalmoscopie de Haab.

Cette influence trouve son explication naturelle : 1° dans les rapports de voisinage, 2° dans l'existence du canal lacrymo-nasal qui joue le rôle d'intermédiaire, 3° enfin dans les riches connexions vasculo-nerveuses qui relient le nez et l'œil.

Cependant il n'y a guère réciprocité. Si les fosses nasales peuvent être incriminées de maintes affections oculaires, plus rarement nous verrons l'œil agir pathologiquement sur le nez.

Un homme se présente à nous aujourd'hui, qui est un intéressant exemple de ces associations morbides. X..., âgé de 28 ans, n'a pas eu dans son enfance d'affec-

(1) Hunter, *Natural history of the human teeth*, 1771.

(2) G. Laurens, *Relations des maladies du nez et de ses anneves avec les maladies des yeux* (*Gazette des hôpitaux*, 7 septembre 1895).

(3) Guillemain et Terson, *les Complications orbitaires et oculaires des infections des sinus frontal, maxillaire, sphénoïdal* (*Gazette des hôpitaux*, 9 avril 1892).

tion qui vaille d'être notée. En 1889, tandis qu'il faisait son service militaire il éprouve pour la première fois les symptômes de la rhinite atrophique ou ozène. Son nez exhalait une odeur repoussante, des croûtes verdâtres en obstruaient les cavités. Un spécialiste consulté prescrivit le traitement nécessaire, grâce auquel ces désagréables symptômes s'atténuèrent. Les troubles oculaires se sont montrés seulement au commencement de 1896. Si aujourd'hui vous examinez son nez, vous pouvez constater que des deux côtés les cornets inférieurs sont atrophiés, que les fosses nasales ont leur cavité sensiblement élargie ; des croûtes tapissent la voûte et le méat moyen. C'est l'ozène type, encore que le rhino-pharynx et le pharynx n'aient pas jusqu'ici subi la dégénérescence atrophique.

Voici d'autre part, en quelques lignes, le résultat de l'examen des yeux pratiqué dans le service de M. Panas, qui a bien voulu m'adresser le malade pour l'inspection de ses fosses nasales et sinus.

Œil droit. Amaurose presque complète. La lumière est très faiblement perçue. Hémianopsie. Le champ temporal est plus amoindri que le champ nasal.

Œil gauche. Il y a également hémianopsie, le champ temporal étant plus amoindri que le champ nasal.

A l'ophtalmoscope les papilles se montrent blanches, nacrées des deux côtés.

Tout serait expliqué si la rhinoscopie montrait une affection du sinus sphénoïdal droit comprimant le chiasma ou la base du cerveau, mais le petit miroir ne montre ni suppuration, ni tuméfaction au niveau des sphénoïdes.

L'intérêt qui s'attache à cette observation n'en persiste pas moins, car, nous allons le voir, des cas identiques ont été signalés déjà. Rhinite atrophique et atrophie papillaire coexistaient sans que la nature de l'intermédiaire se soit révélée d'une façon certaine (1).

A l'occasion de ce malade, examinons les principaux cas d'influences que nous montre la pratique. Ils sont nombreux et variés. A les envisager tous, nous surchargerions vainement notre mémoire ; mieux sera de les étudier par groupes en détachant dans chacun d'eux un exemple typique.

Voyons successivement l'association rhino-ophtalmique dans les affections : 1° des fosses nasales ; 2 du cavum ; 3° des annexes (sinus et cellules ethmoïdales).

I. — Affections des fosses nasales.

A. Rhinites aiguës. — Elles peuvent présenter, à titre de complications, des dacryocystites, conjonctivites, voire même ténonites (Jacobson) et abcès orbitaires (Schäter et Hartmann). Que le coryza soit infectieux (rougeole, scarlatine, grippal, blennorrhagique, diphtéritique), une extension de même nature se montrera dans les culs-de-sac de la conjonctive. Sourdille a publié l'observation d'une blépharite diphtéritique bacillo-streptococcique survenant à la suite d'une diphtérie nasale (1).

Le simple rhume des foins a son retentissement sur l'appareil visuel ; au point qu'il existe une variété oculo-nasale de rhinite spasmodique (larmoiement, douleurs oculaires et péri-oculaires).

Le plus ordinairement c'est par des douleurs oculaires que la rhinite aiguë montre son influence nocive.

B. Rhinite chronique hypertrophique. — Cette forme de rhinopathie est parfois accompagnée de dacryo-conjonctivites que l'on considérait autrefois comme *a frigore*. Elles ont été bien étudiées par Despagnet et Lubet-Barbon (2). La conjonctivite phlycténulaire des enfants est assez souvent sous la dépendance d'une rhinose hypertrophique que l'on voit encore traduire son influence par des myopies (congestions du tractus uvéal, Landolt), par de l'astigmatisme spasmodique (Bates), par de l'asthénopie (Trousseau), voire même par la cataracte (Ziem). Le goitre exophtalmique a pu être attribué à des réflexes émanés de la pituitaire hypertrophique ; il n'est donc pas étonnant que, dans un cas rapporté par Semon, ce soient les galvano-cautérisations de cette muqueuse qui aient fait apparaître la maladie de Basedow. La rhinite hypertrophique n'est-elle pas, comme l'a établi Hack (3) une abondante source de réflexes variés ? L'œil y trouve son compte comme maint autre organe.

C. Rhinite chronique atrophique (ozène). — Panas, Terson père, ont appelé l'attention sur la dacryocystite des ozéneux. Le retrait atrophique qui frappe en ce cas le squelette peut rétrécir le canal nasal (Ziem, Panas), ce qui explique la stase de l'excrétion lacrymale. Mais voici deux faits qui nous intéressent tout spécialement, car ils entrent exactement en série avec l'observation consignée tout à l'heure de l'ozéneux qui sert de motif à cette conférence : Sulzer (4) a vu deux fois l'ozène se compliquer de névrite optique partielle sans que l'intermédiaire pût être saisi, sans que les sinus fussent manifestement atteints de manière ou d'autre. N'est-ce pas le même cas que pour notre malade ?

L'action nocive de l'ozène trouve son explication dans les recherches de Cuénod, de Terson et Gabrielidès, qui ont montré la présence du rhino-bacille de Lœwenberg dans les voies lacrymales des ozéneux à l'état de microbisme plus ou moins latent.

Ainsi s'explique encore la gravité des plaies de la cornée chez les sujets atteints de rhinose atrophique. Chez eux, une désinfection rigoureuse s'impose avant d'agir chirurgicalement sur le globe oculaire. Avant

(1) Après quelques semaines de traitement, ce malade allait mieux de son ozène. Les troubles oculaires avaient en même temps diminué.

(1) Sourdille (*Gaz. des hôpitaux*, 21 avril 1894).

(2) Despagnet et Lubet-Barbon (*Soc. fr. d'ophtalmologie*, 10 avril 1889).

(3) Hack (*Wien. med. Woch*, 1882).

(4) Sulzer (*Soc. d'ophtalmologie de Paris*, janvier 1895).

opérer leur cataracte, Eversburg lie provisoirement catgut les canalicules lacrymaux comme d'autres uchent au galvano-cautère les points lacrymaux.

D. Rhinopathies diverses. — Si la syphilis nasale res- cte habituellement l'appareil visuel (Berger), le rhi- sclérome n'est pas sans retentissements; 6 fois sur cas, Wolkowitsch a noté quelques extensions. Les ppurations nasales peuvent se compliquer de phlé- te des veines ophtalmiques (de La Personne) ou d'iri- s. Les polypes muqueux surtout sont une cause très ficiente de réflexes oculaires. L'observation suivante ue j'ai recueillie, dans le courant de l'été dernier, en t un exemple très démonstratif.

Mlle X..., âgée de 65 ans, présente de gros myxomes vec suppuration nasale. Depuis quelque temps elle rouve des douleurs dans la région frontale et des ancements douloureux dans les globes oculaires. En tre des points brillants passent devant ses yeux, si en qu'un jour il lui arrivait de secouer ses vêtements royant y voir des étincelles qui menaçaient de les nflammer. Tous les objets lui apparaissent irisés. De mps en temps elle a de la diplopie ou de l'hémianopsie.

Dès que son nez fut débarrassé des myxomes et désinfecté, tous les troubles visuels cessèrent, seules s douleurs persistèrent quelque temps encore.

Les déformations du squelette nasal peuvent entraî- er des dacryocystites où les larmes s'infectent et éterminent ensuite des complications variées. Quinlan observé un cas de strabisme avec diplopie attribuable une fracture de la cloison. Celle-ci ayant été redres- ée par l'opération d'Adam, tous les troubles dispa- urent. Cette opération rappelle les expériences de iem (1893) qui a pu produire du strabisme chez les nimaux en oblitérant une de leurs fosses nasales.

A la suite des opérations intra-nasales on a noté quelques troubles infectieux ou nerveux (conjoncti- ites, cécités, maladies de Basedow). Ziem a renoncé ux galvano-cautérisations, parce qu'il les juge capables le refouler trop brusquement le sang dans les procès iliaires.

II. — Affections du rhino-pharynx (Cavum).

Comme elles se résument en majeure partie dans les tumeurs adénoïdes, cette partie de la question comprend presque exclusivement les effets des végétations. Ce sont des dacryocystites, des conjonctivites, des strabismes même (Goureau) que le curettage du cavum peut faire disparaître.

III. — Affections des sinus.

Les sinus du nez cernent l'orbite. On peut, se plaçant au point de vue des oculistes, dire avec Terson qu'ils sont : sous-orbitaire (le maxillaire), sus-orbitaire (le frontal), rétro-orbitaire (le sphénoïdal), et l'on ne peut être surpris que dans un cas observé par Langenbeck, tous les sinus suppurés d'un même côté fussent en communication avec l'orbite correspondante.

Voyons les méfaits de chacune de ces cavités annexes.

A. Sinus maxillaire. — S'il y a empyème, le globe de l'œil peut être refoulé dans le haut de l'orbite et perdre ses mouvements d'abaissement. La paupière inférieure est tuméfiée. Il y a du chémosis, de l'iritis, quelquefois même de la panophtalmie. Le plancher de l'orbite peut être perforé sans qu'il y paraisse d'abord. Mon ami le Dr Reynier, chirurgien des hôpitaux, m'a dit avoir été effrayé de la propulsion d'un globe oculaire qui menaçait de se luxer entièrement tandis qu'il pratiquait une injection dans un sinus maxillaire atteint d'empyème. Plus difficiles à interpréter sont les névralgies orbito-faciales, les paralysies de la troisième paire, les atrophies du nerf optique qu'on trouve quelquefois parmi les complications des suppurations hygmoriennes.

B. Sinus frontal. — Quand à une affection de ce sinus s'ajoutent des complications, elles sont habituellement d'ordre ophtalmique. Les malades s'adressent alors naturellement aux oculistes puisqu'ils ont une tuméfaction dans l'angle supéro-interne de l'orbite avec des troubles oculaires variés : infiltration œdémateuse de la paupière supérieure, chémosis, strabisme inféro-externe, rétrécissements du champ visuel auxquels Berger accorde une grande importance diagnostique, diplopie et même amaurose complète dont Richet a observé un cas. Pour expliquer ces troubles de la vue, Martin (de Bordeaux) (1) admet que la tuméfaction orbitaire se prolonge vers la partie profonde de cette cavité et y comprime le nerf optique avant son épanouissement dans le globe oculaire. Si la sinusite s'ouvre à l'extérieur et laisse une fistule, un ectropion de la paupière supérieure s'établit, solidement maintenu ensuite par la cicatrice adhérente qui succède à la fistule.

Dans les tumeurs de ce sinus on a constaté souvent de l'exophtalmie avec diplopie verticale.

C. Sinus sphénoïdal. — Plus encore que le précédent, ce sinus intéresse les ophtalmologistes. Photophobie, blépharospasmes, névralgies périorbitaires, névrites optiques, scotomes en sont le cortège habituel. Reinhardt, Blaun, Panas ont même rencontré des cas de cécité subite et double.

D'après Kaplan (2), les affections sphénoïdales agissent en ces cas par ostéites compressives sur le nerf, par thrombo-phlébites et par méningites circonscrites.

IV. — Cellules ethmoïdales

Creusées dans le mur mitoyen à l'orbite et à la fosse nasale correspondante, elles sont par leurs infections diverses une source de troubles oculaires, symptômes réflexes, exophtalmie externe, phlegmons, etc.

---

(1) G. Martin (*Soc. fr. d'Opht.*, mai 1894).

(2) Kaplan, *Le Sinus sphénoïdal considéré comme une voie d'infection intracrânienne et orbitaire* (Th. de Paris, 1892).

Je ne saurai mieux faire que de renvoyer à la thèse de Ranglaret (1) où l'anatomie et la pathogénie du labyrinthe ethmoïdal sont complètement étudiées.

V. — THÉORIES SUR LA PATHOGÉNIE

On découvre assez souvent l'intermédiaire d'une association oculo-nasale. Dans une rhino-conjonctivite, par exemple, le canal lacrymo-nasal est, à coup sûr, le vecteur de l'infection, mais il n'en est pas ainsi toujours, alors les théories dites nerveuse et vasculaire sont acceptables. La pathogénie peut donc se réclamer de trois procédés.

1° *Théorie lacrymale.* — On lui objecte que les microbes devraient remonter le cours naturel des larmes qui descendent dans le canal lacrymo-nasal. Mais semblable progression s'observe ailleurs; dans les appareils hépatiques et urinaires ne vont-ils pas ainsi contre le sens de l'excrétion? Les voies lacrymales quoique ayant servi à la contamination, peuvent sembler indemnes (Trousseau). Le professeur Panas pense qu'à défaut de communication visible, le pus du sinus frontal peut former des abcès circonvoisins dans l'orbite par le passage des microbes ou de leurs toxines au travers des parois osseuses (2).

2° *Théorie vasculaire* — Elle a Ziem pour défenseur. Le nez et l'œil ayant de riches connexions vasculaires, une stase dans les fosses nasales arrête de proche en proche le sang dans l'orbite et le globe oculaire, d'autant que la puissance aspiratrice du poumon est amoindrie par l'obstruction nasale. Dégagez le nez, en opérant polypes, éperons, etc., et le sang stagnant reprendra son cours. Cette conception nous explique pourquoi Ziem s'interdit de mettre de la cocaïne dans les fosses nasales, par crainte que l'ischémie cocaïnique se répercute en congestions oculaires.

3° *Théorie nerveuse.* — C'est celle de E. Berger. D'après cet auteur tout s'explique par l'irritation des branches terminales du trijumeau. On voit en effet les dents, le pharynx où aboutit en partie le trifacial s'accompagner de troubles oculaires. Il en sera de même si c'est le trijumeau de la muqueuse nasale qui est en cause, sans qu'il soit indispensable, comme le déclarait Hack en 1884, que la turgescence de la pituitaire marque le premier temps de ce réflexe.

Aucune de ces trois théories n'est à dédaigner puisque, nous l'avons vu, maint cas d'association rhino-ophtalmique est d'interprétation malaisée, mais en raison des doctrines bactériologiques la théorie lacrymale est de toutes la plus en faveur aujourd'hui.

Concluons : En cas de troubles oculaires il faut souvent examiner le nez, pratiquer la cocaïnisation pour voir si elle n'éteint pas les réflexes. Quand il est utile, on traitera en même temps yeux et nez principalement par la désinfection.

(1) Ranglaret, *Anatomie et pathologie des cellules ethmoïdals* (Th. de Paris, 1896).

(2) Terson et Cuénod, *Bactériologie clinique de l'appareil lacrymal.* (*Gaz. des hôpitaux*, 6 avril 1895.)

CLINIQUE MÉDICALE

Fistule biliaire cutanée (1),

Par le Dr BONNET (de Romans).

La fistule biliaire externe est une affection relativement rare. En 1851, M. Fauconneau-Dufresne en cite 17 cas. Dans l'article : Voies biliaires du Dictionnaire encyclopédique de Dechambre, Barth et Besnier signalent 30 observations semblables ; Murchison estime que le nombre des fistules biliaires cutanées connues actuellement ne dépasse pas 89. Mon cher maître, M. le professeur Mossé, dans sa remarquable thèse d'agrégation « Des accidents de la lithiase biliaire », a, par suite de patientes et laborieuses recherches, trouvé dans la science 31 autres cas et a observé à Paris, dans le service du professeur Jaccoud, une malade atteinte de la même affection. Mon ami, le Dr Pasquier, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier, que j'avais prié de compléter mes recherches personnelles ci-dessus relatées, me signale un cas de fistule de la vésicule biliaire s'ouvrant au niveau de la paroi abdominale. (Oppenheimer, *Berlin. Klin*, n° 24, page 550, 17 juin 1887).

La statistique de cette complication de la lithiase comprend donc à notre connaissance 122 cas. A cette liste, nous devons ajouter notre observation personnelle, que nous allons résumer en quelques lignes.

La dame V..., âgée de 50 ans, douée d'une bonne constitution et d'un tempérament légèrement pléthorique, habite la commune de Châteauneuf-d'Isère (Drôme). Elle n'a jamais été malade, malgré sa situation malheureuse.

En 1890, elle commença à percevoir à la palpation une grosseur (c'est le mot employé par la femme V...) dans l'abdomen (hypochondre droit). Il existait une sensation de gêne dans la région, mais la douleur observée par les auteurs ne s'est point montrée. Vers le mois de juillet de l'année 1891, une tumeur oblongue de 3 centimètres environ de largeur sur 4 de longueur, d'abord indolente, mais qui est devenue rapidement le siège d'une vive souffrance, s'est formée à droite, au niveau de la 10e côte et à 6 c. 1/2 de la ligne médiane. Lorsque j'ai vu la malade pour la première fois, au commencement du mois d'août, la petite tumeur était rouge et douloureuse à la palpation, on sentait une faible fluctuation; il n'existait point d'ictère. La malade n'avait jamais présenté aucun des symptômes de la lithiase biliaire.

Nous revîmes la malade dans notre cabinet le 2 septembre. La tumeur s'était ouverte spontanément dix jours auparavant. Le lendemain de cette ouverture, il était sorti une concrétion petite et assez dure, concrétion qui, d'après la dame V..., pouvait avoir les dimensions d'un grain de blé. Le même phénomène s'est pro-

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 27 février 1897.

t quelques jours plus tard. La veille du jour où elle venue me consulter derechef, un autre calcul s'est appé par l'étroite fistule; il est arrondi d'un seul é, et sur la majeure partie de sa surface il offre des es planes et anguleuses. Sa couleur extérieure est ne orangé; à la coupe son aspect est blanchâtre : sa sistance est friable; son poids exact est de 72 milli- mmes.

Le 2 septembre au matin, un autre calcul plus volu- neux est sorti par la plaie; son expulsion a causé violente douleur et a amené un léger suintement sang. Sa forme est identique à celle du cholélithe nt nous venons de faire la description. Son poids est 321 milligrammes, son volume est égal à celui d'un ain de maïs. Ces deux calculs examinés au micros- pe ont été reconnus comme composés de cholestérine. présentent, en outre, les réactions caractéristiques ce corps. Les bords de la fistule sont douloureux et ngueux. La fistule est étroite et laisse couler un pus sa- eux. A la partie externe de la tumeur, le palper nous rmet de percevoir une induration bosselée, constituée és probablement par la présence d'une ou plusieurs olélithes. L'état général de la femme V... est resté bon.

En 1892, je revis Mme V... ; elle avait dans l'hypo- condre droit une induration des dimensions d'un œuf n'éprouvait dans cette région qu'une sensation de ène.

L'année suivante (1893), il se forma à l'abdomen, sur ne ligne parallèle à l'épine iliaque antérieure droite à dix centimètres de celle-ci, une place fongueuse s dimensions d'une pièce d'un franc par laquelle sor- rent cinq calculs hépatiques. Le premier cholélithe tait assez gros, anguleux, pesait 0 gr. 17. Mme V... t obligée de le faire saisir par son mari à l'aide des oigts; les quatre autres calculs s'échappèrent peu de ours après, leur poids était de 0 gr. 06, 0 gr, 06, gr. 05, 0 gr. 04.

L'analyse chimique et l'examen microscopique ont onfirmé le diagnostic de calcul biliaire. Depuis lors, Mme V... se porte bien et ne présente aucun signe de la naladie si ce n'est des cicatrices un peu gaufrées aux leux points de sortie de ces calculs. A l'heure actuelle avril 1896) sa santé est parfaite.

Suicide par les gouttes amères de Baumé (1).

Par le Dr Bonnet (de Romans).

En seize ans de médecine, il nous a été donné d'ob- server un assez grand nombre d'intoxications. A notre mémoire sont encore présents : deux cas d'empoison- nement par l'oxyde de carbone, trois par l'ammoniaque, un par la potasse, un autre par l'acide sulfurique, un par l'acide azotique, un par l'acide oxalique, un dixième par l'acide phénique en lavement, un onzième par le phosphore, un douzième par le camphre, un treizième par le baume tranquille, un quatorzième par le lauda- num de Sydenham et un quinzième par l'ingestion de 19 grammes de chloroforme, cas qui se termina par la guérison après un coma de dix heures et un ictère généralisé.

Au commencement de 1896, nous avons eu à traiter un empoisonnement volontaire par l'absorption d'un flacon contenant *cinq grammes de gouttes amères de Baumé*. Ce cas, sortant du classique, fait l'objet de ce travail. Si l'on compulse, en effet, les ouvrages et les journaux de médecine légale, on trouve peu d'observa- tions d'intoxication par les strychnées et leurs dérivés.

Les Annales d'hygiène et de médecine légale (octo- bre 1860) citent un cas intéressant de suicide par la noix vomique, rapporté par le Dr Pellarin. — MM. Briand et Chaudé signalent un empoisonnement accidentel et mortel d'une jeune fille, ayant pris par erreur 3 pilules à 12 milligrammes chacune de strychnine, et un autre cas de mort à la suite d'absorption de 5 centigrammes de cet alcaloïde, par un enfant de 7 ans et demi.

Dans le Journal d'hygiène et de médecine médicale (juillet 1870), MM. Tardieu et Roussin citent un cas d'intoxication volontaire chez une jeune fille de 18 à 20 ans.

M. Lutaud, dans son manuel de médecine légale, dit « que l'empoisonnement par la strychnine est presque toujours accidentel en France, mais qu'il n'en est pas de même dans la Grande-Bretagne. Un médecin légiste éminent, M. Gallard, a rapporté plusieurs cas d'empoi- sonnements criminels, suicides et accidentels, qui ont eu lieu en Angleterre (*De l'empoisonnement par la stry- chnine*, par T. Gallard, *in Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 2e série, t. XXIV, année 1865). Un seul cas d'empoi- sonnement criminel par la strychnine a été observé en France, et a été jugé devant la Cour d'assises de la Seine-Inférieure (août 1865). »

Le 17 janvier 1896, nous sommes appelé à une heure du matin par M. X... pour sa sœur, qu'il nous dit être très malade. Nous nous rendons immédiatement au do- micile de Mlle X... et nous la trouvons étendue dans son lit, secouée par moments par des mouvements tétanoïdes; la malade est, selon l'expression de Tardieu, clouée sur le dos; la tête portée en arrière, la figure pâle ; la fai- blesse générale est très grande, la parole saccadée, le pouls assez bon, l'intelligence intacte.

Nous apprenons de la patiente qu'elle a absorbé une heure avant notre visite, cinq grammes de gouttes amères de Baumé, qu'elle avait réussi à se procurer sous prétexte d'anorexie et de dyspepsie flatulente.

Mlle X..., âgée de 23 ans, est névro-anémique ; elle est instruite et intelligente, un frère est épileptique, son autre frère est doué d'une bonne santé. Son père est un ouvrier habile, sa mère est ingénue. A la suite de chagrins d'amour, elle a absorbé ce flacon de gouttes de Baumé dans le but arrêté de se donner la mort. Ce

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 27 février 1897.

n'est que brisée par la douleur, qu'elle se décide à appeler son frère et à demander nos soins.

Nous prescrivons séance tenante : un vomitif (1 gr. 50 d'ipéca et 0 gr. 06 de tartre stibié), une solution tannique (eau 100 gr., tannin pur 2 gr.), thé et café, et nous conseillons de prendre quelques heures plus tard 40 grammes d'huile de ricin.

Dans la journée du 17, les accidents se calment; il subsiste un affaiblissement général, un état de stupeur, une crainte du bruit. Les 18 et 19 janvier, nous voyons encore Mlle X... Elle se plaint de courbature, de faiblesse considérable, elle peut à peine se soulever sur son séant. Tous ses muscles sont endoloris, raidis, la face est pâle, l'anémie a augmenté.

Peu à peu, ces symptômes s'amendent et un mois après sa tentative de suicide, Mlle X... est complètement guérie et reprend son emploi.

Le côté intéressant de cette observation n'est pas seulement dans la rareté du fait et dans la guérison de la malade, mais encore dans la grande quantité d'alcaloïdes absorbés : cinq grammes de gouttes amères de Baumé renfermant 37 milligrammes et demi de strychnine et 12 milligr. 5 de brucine, combinées à l'acide igasurique.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur les causes des mouvements du cœur, sur son innervation et son indépendance motrice, par le Dr Léon Germe, ancien professeur à l'Ecole de médecine d'Arras.— Un vol. in-8, 218 p. et 14 planches, Paris, Masson et Cie, 1897.

En 1895, le Dr Germe publiait un ouvrage intitulé : *Recherches sur les lois de la circulation pulmonaire, sur la fonction hémodynamique de la respiration et l'asphyxie, suivies d'une étude sur le mal de montagne et de ballon.*

En 1896, il en faisait paraître un second sur l'*activité de la diastole ventriculaire, sur ses causes, son mécanisme et ses applications physiologiques et pathologiques.*

A ces travaux importants, qui ont reçu des récompenses et des témoignages d'encouragement de la part de l'Académie de médecine et qui ont été appréciés d'une façon très élogieuse par un grand nombre d'organes de la presse médicale, fait suite aujourd'hui un nouveau travail de nature à intéresser vivement physiologistes et médecins, par l'importance des questions traitées et la nouveauté des faits et des théories exposés par l'auteur.

Ainsi qu'il le dit dans son introduction, le Dr Germe apporte dans cette nouvelle étude, comme d'ailleurs il l'avait fait dans ses précédents ouvrages, une entière liberté de pensée et une profonde indépendance scientifique.

Après avoir fait un exposé succinct des diverses théories émises depuis Aristote jusqu'à nos jours, sur les causes des mouvements du cœur, il démontre par un ensemble de faits que les battements du cœur sont indépendants des centres nerveux et des nerfs cardiaques, et fait voir quels sont les excitants des contractions du cœur et quel est leur mode d'action.

Le troisième chapitre est consacré à d'intéressantes considérations plessimétriques sur les limites des cavités cardiaques et des gros vaisseaux, appliquées aux recherches sur les causes des mouvements du cœur et sur son innervation. Sans baser exclusivement ses recherches sur ce mode d'investigation, l'auteur lui accorde avec raison une importance d'autant plus grande que souvent il lui a fait découvrir des faits dont il a pu vérifier l'exactitude par d'autres procédés.

Dans le quatrième chapitre M. Germe démontre que le rythme, la fréquence et la force des battements de cœur sont subordonnés à son *alimentation* et à *son débit.* Il reprend la théorie de Haller tout en reconnaissant son insuffisance, et en ne se dissimulant pas la gravité des objections faites à ce grand physiologiste. Aussi ne manque-t-il pas d'étudier avec soin les diverses conditions dans lesquelles s'opèrent l'*alimentation* et le *débit* des ventricules, et de faire voir le rôle que ces conditions jouent dans la fréquence des battements du cœur.

Au chapitre cinq on trouve un exposé très curieux et une démonstration très intéressante de lois désignées par l'auteur, *lois cardio-hémodynamiques de la circulation.* Ces lois, relatives à la force et à la fréquence des battements du cœur considérés chez les animaux à sang chaud, donnent la clef de plusieurs phénomènes restés inexpliqués jusqu'à ce jour.

Nous nous bornerons à les citer.

1re *Loi.* — « Le nombre des battements du cœur est « en raison inverse de la longueur des canaux que le « sang doit parcourir pour se rendre d'un cœur à « l'autre.

2e *Loi.* — « La fréquence des battements du cœur est « subordonnée au nombre des canaux que le sang doit « parcourir. Elle augmente lorsque ce nombre diminue « par une obstruction des longs canaux qui force le « sang à passer par les courts; elle diminue lorsque « l'obstruction, siégeant dans les courts canaux, force « le sang à passer par les longs.

3e *Loi.* — « La fréquence des battements du cœur « est en raison inverse des résistances que le sang « éprouve pour circuler d'un ventricule à l'autre.

4e *Loi.* — « Les battements du cœur sont d'autant « plus fréquents que, outre l'impulsion ventriculaire, « le sang rencontre sur son parcours plus de causes « qui accélèrent son mouvement sur le ventricule où il « se dirige.

5e *Loi.* — « La circulation pulmonaire commande les « battements du cœur. Tout phénomène qui précipite « ou ralentit sa vitesse accélère la fréquence des bat- « tements des deux cœurs par des modes d'actions dif- « férents et changeants. »

Au sixième chapitre l'auteur, traitant des connexions atomiques du cœur avec le système nerveux, démontre par des faits incontestables que le cœur, contrairement à l'opinion générale, est un organe sensible et même parfois très sensible.

Dans le septième chapitre, le Dr Germe examine si les connexions anatomiques du cœur avec les centres nerveux et si les expériences physiologiques démontrent d'une façon évidente que ces centres sont doués d'une *puissance nerveuse motrice* exerçant directement son action sur les mouvements du cœur.

Après une étude critique de nature à entraîner la conviction, il conclut par la négative, soutient que l'existence des *nerfs accélérateurs* du cœur n'est pas démontrée. Il en serait de même du nerf de Cyon ou *dépresseur* de la circulation que l'auteur considère, d'après ses observations, comme un nerf *régulateur* de l'alimentation du cœur gauche.

Au huitième chapitre, nous lisons une étude remarquable sur le rôle du pneumogastrique dans le fonctionnement du cœur. Ici l'auteur bat en brèche les théories régnantes sur l'action de ce nerf sur le cœur. Il fait voir que si ses battements s'accélèrent après la vagotomie, ce phénomène est simplement dû à un embarras de la circulation pulmonaire, et non à la suppression d'une prétendue influence modératrice que les nerfs vagues exerceraient sur ce viscère.

De même, il démontre, par un grand nombre d'expériences, que l'arrêt du cœur provoqué par l'excitation de la moelle allongée ou la galvanisation des nerfs vagues est l'effet non d'une action frénatrice exercée par ces nerfs sur les contractions cardiaques, mais simplement d'une *anesthésie momentanée de l'endocarde* provoquée par ces excitations.

D'après l'auteur, ce chapitre constitue l'un des plus importants de son travail, attendu qu'il apporte la solution d'une question qui restait, depuis longtemps, l'écueil des physiologistes.

Enfin, le dernier chapitre traite de l'action du grand sympathique sur le cœur comme nerf de sensibilité et vaso-moteur.

L'auteur termine en concluant à *l'indépendance nerveuse motrice du cœur et fait des réserves sur son innovation intra-cardiaque.* Toutefois, il ne méconnaît pas la grande portée de l'objection faite à Haller sur l'influence des passions sur le cœur, mais il promet d'en expliquer le mécanisme, par les modifications que les passions apportent dans l'alimentation et le débit du cœur ainsi que dans sa sensibilité.

Tout en nous efforçant d'analyser ce travail, nous sommes convaincus que nous ne pouvons en donner qu'une idée incomplète mais suffisante pour inviter les physiologistes et les médecins à le lire en entier, avec la conviction qu'ils en tireront profit.

B. M.

REVUE DE LA PRESSE

Deux chancres syphilitiques éloignés et successifs sur le même sujet, par le Dr Ch. Audry (de Toulouse). — Bien que la question des inoculations successives de la syphilis sur un même sujet ait été souvent agitée et se trouve à peu près résolue par l'affirmative, il n'est pas sans intérêt de reproduire brièvement les observations telles que la suivante, car elles sont réellement exceptionnelles.

X..., âgé de 54 ans, sans antécédents, perd sa femme en août 1896. Pas de coït jusqu'au 15 novembre de la même année ; le coït a eu lieu avec une femme évidemment syphilitique, et c'est la seule avec laquelle il a eu des rapports (plaques muqueuses vulvaires et gutturales).

Entre le 10 et le 15 décembre suivant, apparition d'un chancre induré sur le côté gauche du prépuce, accompagné d'une pléiade ganglionnaire du même côté, l'une et l'autre lésions absolument typiques. Le 25 décembre, l'érosion de la verge est épidermisée, et l'induration persiste.

Dans la soirée du 5 janvier 1897, le malade ressent une piqûre à la lèvre supérieure ; il constate le lendemain l'existence d'un petit bouton qui, plusieurs fois cautérisé par un pharmacien, s'étend et s'indure. Le 27 janvier, il est vu par un de nos confrères de l'armée, le Dr Janot, qui nous l'envoie, après avoir posé le diagnostic de double chancre syphilitique. Nous le voyons le 28, et nous constatons d'abord une induration chondroïde limitée, occupant le côté droit du prépuce, recouverte d'une mince pellicule épidermique et accompagnée d'une polyadénite inguinale, indolente, dure et volumineuse du même côté. Sur la lèvre supérieure, à droite, occupant le rebord muqueux, érosion circulaire, grande comme une pièce de 50 centimes, superficielle, recouverte d'un exsudat jaunâtre, dense, adhérent. Induration superficielle, même très prononcée. Deux ganglions récents sous l'angle maxillaire inférieur du même côté.

Sur le tronc et le haut des cuisses quelques petites papules fines, rares, pas saillantes, non squameuses, disséminées çà et là.

Rien d'anormal sur le reste de la muqueuses de la bouche ou des amygdales.

En résumé, on peut admettre avec certitude que le malade a subi une première inoculation sur la verge vers le milieu ou la fin de novembre. C'est à cette inoculation que se rapporte la roséole papuleuse actuelle. Il a continué à avoir des rapports avec le même sujet contaminé et s'est inoculé la lèvre supérieure à une époque telle que le second chancre est apparu dix à quinze jours après que le premier fut déjà cicatrisé.

La présence des papules montre que l'infection initiale est bien celle qui s'est manifestée par le chancre de décembre, — que le malade a contracté un chancre

syphilitique de la lèvre, quinze à vingt jours après un chancre syphilitique de la verge, — qu'à ce moment, il n'était pas encore immunisé quoique déjà infecté.

Alopécie syphilitique totale des cils, par M. Iversenc, interne à la Clinique de dermato-syphiligraphie de Toulouse. — Les alopécies syphilitiques sont banales. Leur localisation sur les cils semble pourtant assez exceptionnelle, surtout lorsque ceux-ci tombent complètement comme chez la malade dont voici l'observation :

Céleste..., âgée de 22 ans, domestique, ne présente pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Le 10 mai 1896, elle accoucha d'un enfant à terme et bien portant. Peu de jours plus tard, elle présente une éruption papuleuse généralisée qui disparut spontanément au bout d'un mois.

En septembre, éruption de larges papules peu saillantes qui débutèrent sur les fesses, et apparurent ensuite sur le dos, sur les membres inférieurs, au niveau des genoux et des coudes. Céphalalgie violente. Chute des cheveux, etc. Séjour de quelque temps à la Clinique médicale ; elle en sort, et rentre à la Clinique de dermato-syphiligraphie (Professeur Ch. Audry), au commencement de décembre, dans l'état suivant :

Organes génitaux sains, sauf deux ou trois petits papillomes, et un léger degré de vaginite. Aux coudes, aux genoux, entre les omoplates, dans la région trochantérienne, nombreuses et larges papules d'un rouge vineux, entourées d'un grand nombre de macules d'un brun foncé résultant de papules guéries. Les cheveux sont fins, secs, ternes, follement clairsemés dans les deux régions temporales.

Les sourcils sont couverts de croûtes jaunâtres séborréiformes. Ils sont eux-mêmes très clairsemés et tombent en abondance. Les cils ont presque disparu sur chaque rebord palpébral, et indépendamment de tout accident inflammatoire.

Après un mois de friction par Hg, tout est en voie de guérison. Il reste un seul cil sur chacun des rebords palpébraux gauches, trois ou quatre en tout sur les paupières droites ; mais de nombreux cils follets commencent à réapparaître.

Céphalées disparues, état général excellent.

La malade est enceinte de quatre mois.

(*Journal des mal. cut. et syph.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 mars 1897. — Présidence de M. Chatin.

Période réfractaire et synchronisation des oscillations nerveuses. — MM. André Broca et Georges Richet.

Démonstration de l'existence des nerfs vaso-sensibles régulateurs de la pression sanguine. — M. C. Delezenne.

Action de la bile et des sels biliaires sur le système nerveux. — M. Adolf Bickel adresse une note qu'il termine ainsi :

En résumé, l'application de la bile concentrée ou des sels biliaires sur la surface du cerveau provoque, chez certains animaux (chat, chien, lapin, rat, cochon d'Inde) des phénomènes cérébraux divers, caractérisés surtout par des convulsions et de la perte de connaissance accompagnées de salivation. Ces symptômes rappellent ceux qui sont observées dans certains ictères graves et doivent probablement être attribués à l'action des sels biliaires.

Radiographie d'un homme et d'une femme (tronc et bassin). — M. F. Garrigou. Après avoir décrit ce que m'avait montré l'étude radioscopique du corps humain, j'ai voulu faire constater par la radiographie l'exactitude des descriptions dues à M. Bouchard et à d'autres, ainsi qu'à moi-même.

C'est la première fois, je crois, que l'on présente un ensemble radiographique obtenu en une seule séance, sur un même sujet vivant.

Pour être complet et compris, il faut diviser les études radiographiques en études anatomo-physiologiques du corps humain et en études pathologiques.

Pour l'étude anatomo-physiologique, j'ai choisi deux sujets sains, de même âge (22 ans), homme et femme, et j'ai formé les radiographies au grand focus Ducretet...

Sur l'écran radioscopique, on suit facilement :

1° Les mouvements du cœur et des oreillettes ;

2° Le jeu de la respiration.

Sur la femme, dans une forte inspiration, surtout abdominale (respiration des chanteurs), on voit le diaphragme s'abaisser, entraînant avec lui le foie, l'estomac et la rate. A la fin de l'inspiration, les côtes sont soulevées par les muscles intercostaux, dont on voit les insertions de chaque côté du sternum, formant une bande verticale double, foncée. Les poumons, gorgés de sang, deviennent peu à peu plus réfractaires au passage des rayons X, et s'obscurcissent.

Sur l'homme, dans le mouvement d'expiration, les poumons s'éclaircissent de nouveau ; le foie, la rate et l'estomac sont entraînés vers le bas du thorax par le redressement du diaphragme.

Tout revient ensuite dans l'état qu'indiquent les photographies que nous avons l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie.

M. Potain présente, au nom du Dr Martin-Durr, deux photographies du thorax entier, obtenues à l'aide des rayons X. L'une provient d'un sujet normal et montre la transparence très égale des poumons dans toute leur étendue ; l'autre, d'un sujet affecté d'une induration très étendue du sommet du poumon gauche. La radiographie ainsi obtenue ne montre rien assurément qu'on ne puisse reconnaître à l'aide des méthodes d'examen que nous possédons déjà ; mais elle aurait l'avantage de permettre de comparer les lésions du même poumon à des époques successives avec plus de rigueur que n'en peuvent permettre de simples souvenirs ou des notations écrites. Pour cela, de très grandes photographies donnant la totalité du thorax sont nécessaires parce que, seules, elles permettent d'avoir des points de comparaison suffisants.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 avril 1897. — Présidence de M. Caventou.

La correspondance comprend des lettres de MM. Rendu, rn. Gaucher et Joffroy, qui se portent candidats dans la ection de pathologie médicale.

Fracture de la clavicule. — M. J.-L. Championnière préente quatre malades atteints de fracture de la clavicule ux dix-neuvième, dix-huitième et treizième jours, traités ar le massage sans immobilisation.

M. Péan. — Il est très beau de voir des malades atteints e fracture de la clavicule, aux treizième et dix-huitième ours, se servir facilement de leur bras, mais si des dames, urtout habituées à aller dans le monde, se présentaient vec une saillie considérable et du chevauchement des ragments, le résultat ne leur paraîtrait probablement pas rès bon. Ce procédé peut donc être excellent chez des ommes qui n'ont pas le même souci de leur beauté phyique, mais, pour les dames, il ne faut pas abandonner les nciens procédés.

M. M. Sée trouve au contraire le résultat chez ces quatre malades excellent et aussi bon qu'on peut l'avoir avec les livers appareils; mais il voudrait savoir dans quel état étaient les malades lorsque M. L. Championnière les a pris en traitement.

M. L. Championnière. — Il y a peu de fractures de la clavicule chez les femmes; d'autre part je ne montre pas les malades à six mois. Un entraîneur soigné d'une fracture de la clavicule à pu reprendre son entraînement le vingtième jour, c'est-à-dire faire sur son guidon ces tractions énormes qu'il faut faire pour obtenir une très grande vitesse; ce coureur, très connu, a gagné peu après le grand prix de Paris. Quant à la question de M. M. Sée, dans la fracture de la clavicule, le chevauchement diminue progressivement malgré les mouvements faits par le malade.

Présentations. — M. Guyon présente, de la part de M. Albarran, un nouveau cystoscope destiné à permettre de pratiquer facilement le cathétérisme des uretères chez l'homme et chez la femme.

M. le secrétaire perpétuel présente, de la part de M. le Dr Dianoux (de Nantes), un travail sur l'iridectomie périphérique partielle dans le glaucome chronique. (Renv. à l'examen de M. Panas.)

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un titulaire, dans la section de pathologie chirurgicale. Sur 82 votants, majorité 42, M. Richelot est élu par 71 voix contre 4 données à M. Peyrot, 2 à M. Bouilly, 2 à M. Segond et 3 bulletins blancs.

Appendicite. — M. Potain. M. Dieulafoy ayant cité dans cette discussion une leçon que j'avais faite en 1887 sur l'entéro-colite, M. Reclus a fait remarquer avec juste raison que mes observations étaient bien anciennes, puisqu'elles remontaient à une époque où on ne connaissait pas encore l'appendicite. Dans me sobservations, je n'ai pu diagnostiquer l'appendicite, mais j'ai pu éliminer toute maladie aiguë; il n'y avait donc rien chez ces malades qui put faire penser à l'appendicite. Mes observations conservent donc leur valeur à ce point de vue.

M. Laboulbène. J'ai été très frappé d'un cas rapporté par M. Reclus, celui d'une femme atteinte d'oxyures vermiculaires qui, ayant pris un lavement contenant 50 centigr. de sublimé, eut une entéro-colite compliquée d'appendicite. On a cité des cas d'oxyures vermiculaires ou de lombrics dans l'appendice, sans que la présence de ces vers intestinaux ait causé d'appendicite.

M. Dieulafoy. Il ne s'agit pas ici d'une simple question doctrinale, il s'agit de savoir si les gens qui ont des accès d'entérite pendant des années sont exposés par cela même à contracter l'appendicite. Sur les 103 malades de M. Potain, aucun n'a eu de phénomènes qui pussent faire penser à de la typhlite ou à de la périty phlite, ou à de l'apppendicite; de même pour les observations de M. Bottentuit. Les 7 ou 800 observations que j'ai citées montrent donc que, pendant des années, on peut avoir des crises terribles d'entéro-colite sans avoir d'appendicite. M. Reclus nous dit : Mais ce sont là des cas négatifs. Non, il est très positif que ces nombreux malades n'ont pas eu d'appendicite; ce sont donc des cas positifs.

M. Reclus a rapporté, lui, des faits qu'il trouve positifs et il cite entre autre le cas rappelé ci-dessus par M. Laboulbène et auquel il trouve la valeur d'une expérience de laboratoire; or, cette malade a guéri, nous ne pouvons donc savoir quelles lésions elle avait du côté de l'appendice et du côté de l'intestin; nous ne pouvons savoir où a été le sublimé. Cette observation n'ajoute donc pas grand chose à la théorie qui m'est opposée.

M. Baradue, consulté par M. Reclus, aurait observé un grand nombre de cas d'appendicite. Cela donne à réfléchir pour la cure de Châtel-Guyon. Il ne faudrait pas croire que la cure de Châtel-Guyon donne de l'appendicite, ce n'est pas ce que je veux dire, mais il faudrait bien s'entendre sur le diagnostic de l'appendicite, bien passer les observations au crible pour ne pas dévier. Ainsi, récemment, à la Société médicale des Hôpitaux, on a parlé d'appendicite hystérique; ce n'est pas là de l'appendicite. Il faut bien spécifier et n'accepter comme cas d'appendicite que ceux qui sont bien avérés.

Jusqu'ici nous avons donné une statistique d'après laquelle des entérites muco-membraneuses, lithiasiques, n'étaient pas suivies d'appendicite. Combien y a-t-il de cas d'appendicite vérifiés par l'opération qui aient été le résultat d'une entérite muco-membraneuse?

Depuis dix-huit mois, j'ai eu soit dans mon service, soit en ville, 24 malades opérés d'appendicite; aucun n'avait jamais présenté d'entéro-colite muco-membraneuse. Je m'en tiens donc aux conclusions que j'avais déjà formulées: l'appendicite vraie ne survient que très rarement et à titre exceptionnel dans le cours des entéro-colites.

Convention internationale de Venise du 19 mars 1897. — M. Brouardel fait un exposé sommaire de la discussion de la conférence internationale de Venise. On se trouvait en présence de deux courants d'opinion absolument opposés, l'un soutenu par l'Angleterre, l'autre par les délégués des puissances méditerranéennes. L'accord s'est fait et la discussion put s'engager sur les moyens d'empêcher la propagation de la peste hors de son foyer épidémique actuel.

On trouve le microbe de la peste à une profondeur de 4 ou 5 centimètres dans la terre des cases où ont été soignés les pestiférés, mais il ne semble pas que le microbe se propage facilement en dehors des cases.

Le principe générateur de la peste est peu résistant à l'air, la peste ne se propage donc pas facilement. Il résulte de nombreux faits qu'une personne bien portante ne peut

pas communiquer la maladie à une autre. Tout dépend des conditions locales.

La maladie nait dans la saleté et la meilleure prophylaxie consiste dans la propreté. On n'a observé la transmission de la peste hors de son foyer que par des personnes malades ou par des objets contaminés.

Il faut prendre trois sortes de mesures : au moment du départ des bateaux venant des Indes, en cours de route et lors de l'arrivée.

Au départ, on ne doit laisser embarquer que des personnes saines et désinfecter tous les objets suspects.

En cours de route, les navires doivent avoir à bord des médecins et des étuves pour opérer les désinfections. Une visite médicale est faite à Suez par un médecin européen. S'il n'y a pas eu d'accident en cours de route, le navire traverse le canal en quarantaine sans avoir aucune communication avec l'Egypte. S'il y a eu des accidents à bord, les malades sont débarqués et la quarantaine continue pendant dix jours.

Il est convenu qu'il y aura à l'entrée du golfe Persique une station sanitaire analogue à celle de Suez avec tous les moyens de désinfection.

Lors de l'arrivée, toutes les mesures nécessaires doivent être prises, mais il faut bien se garder des exagérations.

Les mesures à prendre sur terre sont basées sur celles recommandées par la conférence de Dresde contre le choléra, avec cette différence qu'il faut dix jours de quarantaine pour la peste, au lieu de 5 pour le choléra.

Les mesures prises par la conférence de Venise nécessitent des dépenses assez considérables, mais les dépenses sont soldées par les droits de navigation.

La convention a été signée à Venise, le 19 mars 1897, par les représentants de la plupart des puissances; les délégués de la Suède, du Danemark et des Etats-Unis n'avaient pas les pouvoirs suffisants pour signer, mais l'adhésion de ces puissances ne paraît pas faire de doute. On a obtenu de même de la Grande-Bretagne l'interdiction des pélerinages partant des Indes pour aller à la Mecque. On a obtenu la même chose du sultan du Maroc. Le pélerinage de la Mecque ne comprendra donc cette année que des sujets immédiats du sultan de Turquie; tous les pélerins viendront de pays non contaminés.

Hémianopsie horizontale. — M. DE LAPERSONNE (de Lille) lit un travail sur ce sujet.

M. A. CHIPAULT résume très brièvement trois travaux intitulés : **De la cure radicale du mal perforant par l'élongation des nerfs plantaires; La ponction lombo-sacrée; matériel et technique, utilité diagnostique et thérapeutique; Nouvelles remarques sur le traitement des déviations vertébrales (scoliose et mal de Pott); réclamation de priorité relative au traitement des gibbosités pottiques par réduction en un temps, sous chloroforme.**

A 5 heures, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 avril 1897. — Présidence de M. DEBOVE.

Diagnostic, traitement médical et indications opératoires de l'appendicite. — M. MOIZARD. 1° *Diagnostic.* Peu de problèmes cliniques sont aussi difficiles à résoudre que celui-ci : Y a-t-il appendicite? Cette difficulté n'est que trop explicable par les formes multiples de la maladie, la variabilité de ses symptômes, les modalités diverses de son début.

Quand l'ensemble des signes classiques de l'appendicite existe, le diagnostic s'impose, mais dans beaucoup de cas, le doute est permis. Depuis que l'attention est attirée sur l'appendice, on a une tendance à la suspecter comme la cause de la plupart des douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite; il faut protester contre cette tendance et ne porter le diagnostic d'appendicite qu'après un examen approfondi.

L'appendicite peut être prise au début pour une *simple indigestion*, puis, l'erreur se prolongeant, on peut croire n'avoir affaire ensuite qu'à des accidents d'embarras gastrique consécutif. Certaines formes d'appendicite débutent, en effet, chez les enfants, par une indigestion.

Dans d'autres cas, l'erreur du début se prolonge, et, après avoir admis une indigestion, on pense à un *simple embarras gastrique*. La nature des phénomènes d'intoxication gastro-intestinale ne peut être décelée que par l'examen méthodique du ventre, qui permet de constater tout au moins de la douleur dans la fosse iliaque droite, au niveau du point de Mac Burney. Cette forme est d'autant plus importante à connaître qu'elle peut être le début de la forme la plus grave, la plus irrémédiable de l'appendicite, celle dans laquelle le développement rapide d'une péritonite septique, diffuse, entraîne fatalement et rapidement la mort.

Le médecin appelé pour des troubles gastro-intestinaux, si légers qu'ils soient, devra donc toujours penser à l'appendicite.

L'appendicite au début a été prise quelquefois pour une *fièvre typhoïde*; inversement on peut prendre une fièvre typhoïde au début pour une appendicite; dans certains cas l'évolution seule permet de faire le diagnostic.

L'appendicite peut encore être confondue avec l'*invagination*, avec *l'étranglement interne*, avec la *péritonite à pneumocoques* quand elle n'a pas été précédée d'une manifestation pulmonaire bien nette, ou quand l'infection péritonéale par le pneumocoque se fait d'emblée, et aussi avec la *péritonite à gonocoques*.

Enfin la *lithiase intestinale* et la *typhlite* simple peuvent et doivent être distinguées de l'appendicite. Ce diagnostic est d'autant plus important à préciser que le traitement évacuant dans la typhlite peut être nécessaire, alors qu'il doit être formellement repoussé au début de l'appendicite.

L'*hystérie* peut enfin apporter au diagnostic de l'appendicite des difficultés sur lesquelles MM. Brissaud, Rendu et Talamon ont attiré l'attention.

2° *Traitement médical.* Le diagnostic une fois posé, le médecin devra se demander s'il doit traiter médicalement ou avoir recours à une intervention chirurgicale.

La forme perforante suraiguë avec péritonite purulente, et les formes septiques exigent une laparotomie immédiate.

Ces formes d'appendicite avec péritonite généralisée d'emblée sont les plus rares. Le plus souvent la crise initiale se calme, et le médecin devra diriger le traitement.

En premier lieu il faut *proscrire les purgatifs*, et donner au contraire de l'opium. Je le donne sous forme d'extrait thébaïque, dans une potion gommeuse à laquelle j'ajoute de l'eau chloroformée et du salicylate de bismuth s'il y a des vomissements et de la diarrhée, ou du benzo-naphtol

and ces symptômes n'existent pas. Il faut employer ssez fortes doses : chez l'adulte, 10, 15 centigrammes r jour ; chez l'enfant ne pas dépasser 5 centigrammes. ction de l'extrait thébaïque est des plus remarquables des plus rapides. Ne pas appliquer de *vésicatoires* qui uvent gêner si l'intervention devient nécessaire; les *taplasmes* sont inutiles ; les sangsues calment la dou- ır, mais peuvent être le point de départ d'hémorragies condaires ; la *glace* en permanence est bien préférable.

A l'opium et à la glace j'ajoute la *diète absolue*. L'opium ra continué tant que les douleurs seront vives, les acci- nts péritonéaux et les phénomènes d'entéro-colite per- stants. On diminuera progressivement, au cas contraire, our arriver à la suppression au bout d'un jour ou deux. ce moment, il faut vider l'intestin soit par un lavement xatif, soit par de petites doses d'huile de ricin ou de ma- nésie ; mais il ne faut pas donner de purgatifs dans la nvalescence. Les lavements ou les laxatifs doux doivent ffire à assurer la régularité des garde-robes. La glace ra maintenue tant que durera la période où l'opium est rescrit.

Quant à la diète, elle peut être maintenue deux ou trois ours. Si les malades sont déprimés on peut les soutenir vec des injections de sérum artificiel ou d'éther. Quand alimentation sera reprise, on commencera par du lait oupé avec une eau minérale alcaline, pour passer ensuite ux potages au lait, etc.

Le repos au lit doit être maintenu *longtemps*. Après la rise on appliquera des pointes de feu ou de petits vésica- oires, et surtout le malade sera soumis à un régime extrê- nement sévère : vie simple et sobre, fonctionnement ré- ulier de l'intestin.

3° *Indications de l'intervention à froid.* Un individu qui ient de guérir d'une seconde et, *a fortiori*, d'une troi- ième ou d'une quatrième attaque d'appendicite doit être péré. Mais faut-il agir de même après une première at- aque ? Il est difficile dans ces cas d'avoir une règle fixe. Si le malade ne peut être suivi, s'il est exposé à se trouver loigné de tout secours chirurgical efficace, il faut conseil- er l'opération à froid dont les risques sont bien minimes ; ans les conditions inverses, si on constate, après plusieurs nois, la disparition de l'empâtement, de toute douleur, de out trouble gastro-intestinal, je crois qu'on peut s'abstenir.

M. Hayem. Je n'ai jamais vu d'appendicite chez l'enfant, mais, dans les cas que j'ai pu observer chez l'adulte, j'ai toujours constaté la présence de troubles gastro-intestinaux antérieurs. La préparation vicieuse du bol fécal dans les voies digestives altérées peut peut-être entrer pour une certaine part dans la production de l'appendicite.

M. du Castel. Ma propre observation et celle de mon maître Vidal viennent appuyer cette opinion. Longtemps avant que n'éclate chez moi l'appendicite, j'ai souffert de douleurs pseudo-gastralgiques intermittentes, souvent très violentes ; c'était évidemment de la colique appendiculaire. Avant mon appendicite j'avais donc eu pendant longtemps une entéro-colite.

M. Siredey. Il semble qu'il y ait deux formes d'appendicite : l'une apparaît chez les constipés, précédée d'une période d'entéro-colite plus ou moins longue ; l'autre a des allures de maladie infectieuse, s'accompagne plutôt de diarrhée ; le malade est sidéré dès le début et la perforation peut quelquefois être établie au bout de 48 heures.

Je crois que les accidents gastro-intestinaux préparent plutôt la première forme.

Du séro-diagnostic dans un cas de tuberculose aiguë et de fièvre typhoïde associées. — MM. Louis Guinon et Henri Meunier. La coexistence de la fièvre typhoïde et de la tuberculose est chose assez rare pour qu'on ait pu soutenir l'antagonisme de ces deux maladies. Quelques faits ont déjà montré que cette association morbide était possible : l'observation rapportée ici en est un nouvel exemple.

Un enfant de 8 ans entre à l'hôpital avec des signes manifestes de tuberculose pulmonaire en voie d'évolution. Son aspect général, sa température, les résultats fournis par l'auscultation ne laissent au diagnostic aucune hésitation. Après une courte rémission, la température se relève et dessine pendant 15 jours une courbe *cyclique* terminée par de grandes oscillations ; pendant cette période, l'amaigrissement extrême du petit malade, l'extension progressive des signes pulmonaires, râles et souffle, la turgescence du foie et de la rate, le développement des groupes ganglionnaires, répondent si parfaitement à l'hypothèse d'une tuberculose subaiguë que ce diagnostic, posé dès le début, n'est pas mis en question.

Cependant apparaît à la fin de la courbe cyclique un stade amphibole puis une éruption de taches rosées (13e jour) ; ces deux phénomènes éveillent un doute dans notre esprit et, malgré l'absence de tout symptôme intestinal, nous nous demandons si nous n'avons pas méconnu une fièvre typhoïde. Le séro-diagnostic pratiqué à plusieurs reprises donne en effet un résultat nettement positif.

A peine avions-nous accepté ce nouveau diagnostic, espérant une guérison que la courbe thermique semblait déjà annoncer, qu'une nouvelle poussée fébrile se développe, accompagnée de signes pulmonaires de plus en plus inquiétants. S'agit-il maintenant d'une rechute de la fièvre typhoïde, ou n'est-ce point là plutôt une nouvelle poussée aiguë de tuberculose, mettant en question la légitimité du séro-diagnostic ? La mort, survenue quelques jours plus tard, devait seule nous permettre d'éclaircir ce problème déconcertant.

L'autopsie nous mit en face d'une granulie typique : poumons, plèvres, méninges, reins, foie et rate présentaient le semis caractéristique des granulations miliaires et quelques tubercules plus âgés, siégeant dans le poumon, montraient par leur ramollissement que ce point de départ de la généralisation était sans doute la tuberculose pulmonaire diagnostiquée dès le début. Quant à l'intestin, sur lequel se porta toute notre attention, il présentait quelques petites ulcérations offrant tous les caractères de l'ulcération tuberculeuse du type lenticulaire, avec granulations grises sur le feuillet péritonéal. Nous pûmes nous assurer par l'examen histologique qu'il s'agissait bien de lésions tuberculeuses : les parois de l'ulcération étaient parsemées de granulations jeunes et fourmillaient de bacilles de Koch ; enfin, la dégénérescence caséeuse des ganglions mésentériques témoignait également en faveur de la nature de l'entérite. La granulie était évidente partout, la tuberculose indiscutable.

Le séro-diagnostic nous avait-il donc induits en erreur ? La bactériologie, interrogée à son tour, nous prouva que la réaction agglutinante avait été parfaitement légitime : les ensemencements de la pulpe splénique, du suc pulmonaire et du liquide pleural nous fournirent en effet des cultures

d'un bacille qu'une identification rigoureuse nous montra être du bacille d'Eberth. L'infection typhique, dénoncée par la courbe cyclique et les taches rosées, puis affirmée par le séro-diagnostic, était donc bien réelle ; seulement elle avait été noyée dans l'évolution plus tumultueuse de la tuberculose aiguë, et, déjà presque effacée au moment de la mort, elle eût sans doute été écartée par nous, si l'examen bactériologique ne nous en avait révélé l'agent spécifique dans plusieurs organes.

M. Rendu. Au point de vue clinique pur, cette observation paraît très discutable, en tant qu'affirmant une double infection, tuberculeuse et éberthienne. Pour justifier l'infection typhique dans ce cas, on ne s'appuie que sur un séro-diagnostic positif pendant la vie et sur la constatation du bacille d'Eberth après la mort. Cliniquement, on peut objecter que la marche de la maladie a été celle de la granulie ; les taches rosées elles-mêmes apparues au treizième jour peuvent apparaître dans une granulie, comme aussi la rémission de la température. On peut y voir également l'hypertrophie de la rate et une diminution de cette hypertrophie. En outre, à l'autopsie, on a trouvé des lésions intestinales exclusivement tuberculeuses à l'œil nu. Dans ces conditions, on peut se demander si le séro-diagnostic positif pendant la vie et les résultats positifs des cultures après la mort suffisent à une certitude contre laquelle plaident l'allure clinique du cas et le résultat négatif de l'autopsie macroscopique de l'intestin.

M. Guinon. Outre que les taches rosées sont très rares dans la granulie, je ferai observer que, chez les enfants, les lésions macroscopiques de la fièvre typhoïde n'ont pas le caractère spécial qu'on note chez l'adulte. Elles sont bien plus atténuées et n'aboutissent pas toujours à l'ulcération. Au moment de l'autopsie dix jours s'étaient écoulés depuis la guérison de la fièvre typhoïde en se basant sur les tracés thermométriques.

M. Widal. Je crois indiscutable ici l'existence simultanée de deux infections. L'observation de MM. Guinon et Meunier est précisément intéressante en ce qu'elle montre l'utilité de la méthode du séro-diagnostic pour reconnaître l'existence parallèle des deux infections. Livrées à leurs propres ressources la clinique et l'anatomie pathologique macroscopique auraient été incapables d'apporter la lumière sur ce cas.

M. Barié. En 1875, quand on n'avait à sa disposition ni les ressources de la bactériologie, ni celle du séro-diagnostic, j'ai observé chez un malade l'évolution simultanée d'une fièvre typhoïde tout à fait caractéristique et d'une granulie terminale. Les lésions de l'une et de l'autre furent notées à l'autopsie d'une façon non douteuse. Pendant la vie, le diagnostic avait été porté en tenant compte du premier tracé thermométrique, qui était celui de la dothiénentérie, et du second tracé dont le type inverse avait permis de soupçonner l'existence de la tuberculose.

M. Chamtemesse. Les objections de M. Rendu soulèvent deux questions qui doivent être envisagées séparément : 1° l'absence de séro-réaction implique-t-elle toujours l'exclusion du diagnostic de fièvre typhoïde ? 2° la présence de séro-réaction implique-t-elle toujours l'admission de ce diagnostic ?

La première question ne peut être encore résolue, faute de documents suffisamment nombreux. D'après les faits recueillis jusqu'ici, il semble que, dans la grande majorité des cas, elle sera tranchée par l'affirmative. En revanche, une séro-réaction franche, nette, rapide, donne en faveur du diagnostic de fièvre typhoïde des probabilités qui s'approchent de la certitude.

Ce n'est pas toujours dans les cas les plus graves qu'elle se manifeste avec le plus d'intensité. Cette réaction n'est pas un phénomène d'immunité, mais bien un phénomène d'infection, ou, plus exactement, le résultat d'une intoxication par la toxine soluble sécrétée par le bacille d'Eberth. En effet, si on injecte dans la veine d'un animal sain, dont le sérum ne présente aucune propriété agglutinative, une petite quantité de toxine typhoïde soluble, débarrassée de tout microbe par la filtration à travers la porcelaine, on constate, au bout de trois ou quatre jours, que le sérum a acquis une propriété agglutinative très manifeste.

Ce qui démontre encore que la séro-réaction n'est pas une qualité inhérente à l'immunité, c'est que le sérum des animaux vaccinés contre la toxine typhoïde soluble n'a pas une propriété agglutinative marchant de pair avec le degré de son immunité. Chez un animal solidement immunisé, la séro-réaction va s'affaiblissant à partir des dernières inoculations de toxine, tandis que l'immunité ne fait que s'accroître.

Ictère chronique. — M. Le Gendre présente un malade atteint d'ictère durant depuis douze ans. Les urines ne présentèrent jamais la réaction des pigments biliaires, mais l'urobilinurie fut constante ; le foie ne fut jamais hypertrophié, l'état général se maintint bon jusqu'il y a deux ans, époque à laquelle apparurent quelques troubles dyspeptiques.

M. Hayem. Il s'agit, dans ce cas, d'un ictère hémaphéique chronique, affection très rare, dont je ne connais que trois cas.

M. Gaillard. Je connais un confrère de Paris présentant depuis vingt-cinq ans un ictère chronique, sans troubles dyspeptiques.

Ectopie cardiaque. — M. Moutard-Martin résume l'observation d'un malade atteint d'ectopie cardiaque consécutive à une pleurésie et donne les résultats de son autopsie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril 1897. — Présidence de M. Delens.

De la valeur de l'amputation de Syme. — M. Delorme. J'ai pratiqué sept fois cette opération. Dans les ostéo-arthrites tuberculeuses de l'arrière-pied, il me semble que cette opération est bien supérieure à toutes les autres. Je n'ai jamais eu, dans ce cas, de rétention purulente. Le résultat fonctionnel est théoriquement et pratiquement parfait. La peau est prédisposée au support du poids du corps.

M. Ricard. Les indications des Syme ou Pasquier-Lefort ont été depuis longtemps posées. Je ne veux parler que d'un procédé qui a été peut-être peu souvent employé. Ce procédé consiste à enlever les os et les parties molles, mais en gardant dans son entier le calcanéum. C'est à la suite d'un fait que je crois nouveau que j'employai ce procédé.

Un malade, tombé d'un train en marche, avait un écrasement du pied. Après avoir régularisé, je pratiquai l'astragalectomie. Je remis le calcanéum en place entre la mortaise tibio péronière et la réunion se fit par première inten-

on. Le moulage donne une excellente plante du pied et talon complet était mobile sur la mortaise tibiale.

Deux ans après j'eus l'occasion de refaire cette opération.

Un malade, atteint de gangrène sèche, devait subir une amputation rectificatrice, mais celle-ci ne fut pas acceptée. est dix-huit mois plus tard que je fis l'intervention. Il res- it des morceaux d'os, on ne pouvait faire un moignon com- et. Je débridai en dehors, enlevai le scaphoïde et l'astra- le en laissant le calcanéum dans la mortaise tibiale. Le alade guérit merveilleusement.

Cette opération est une astragalectomie, opération bien glée, qui laisse une néo-articulation avec mouvement. ai fait toujours une suture très intime et très aseptique es lambeaux antérieurs. C'est une opération de Chopart vec astragalectomie et un Pasquier-Lefort sans résection u calcanéum.

M. Lejars. J'ai eu l'occasion de faire 3 opérations de yme dont je présente les moulages, pour tuberculose ou téo-sarcôme. Les résultats fonctionnels et éloignés sont ons. Je n'ai pas eu de sphacèle, mais il faut savoir qu'on eut en avoir.

M. Lucas-Championnière. M. Ricard a un véritable lam- eau osseux avec parties molles. Il a ce résultat qu'on emarque chez les malades qu'on opère pour pied-bot, même sans section du tendon d'Achille. Le malade marche sur une surface naturelle et il conserve des mouvements dans sa nouvelle articulation tibio-calcanéenne. Le résultat signalé est important parce qu'il y a un véritable point d'appui et un point d'appui normal.

M. Berger. Ce qui me paraît étonnant, c'est que M. Ricard ait obtenu un raccourcissement suffisant en supprimant l'astragale pour appliquer son calcanéum et réunir son lambeau antérieur. Le défaut de saillie de la tête de l'astragale permet probablement l'adossement et le relèvement du lambeau antérieur.

J'ai vu des opérés de Chopart, quand on a évité des suppurations du tendon d'Achille, qui marchaient parfaitement sans aucun mouvement.

M. Ricard. Dans un de mes cas, j'ai été obligé de réséquer une partie de la tête du calcanéum.

Arthrotomie de la hanche; curettage. — M. Ménard. Tous les cas que j'ai eus à opérer, ont toujours été préparés par des injections de naphtol camphré. L'abcès de la coxalgie modifié par des injections successives se modifie, diminue mais persiste. Jusqu'à 1875, je n'avais opéré que deux malades, mais deux faits favorables m'ont engagé à renouveler ce traitement. J'ai refait l'arthrotomie de la hanche et je me suis décidé à intervenir un peu plus tôt dans les cas réfractaires aux injections.

L'énorme étendue des abcès et leurs anfractuosités peuvent entraver l'action des injections modificatrices. Mais lorsque l'on est forcé d'intervenir on peut alors intervenir et dans des conditions beaucoup préférables de par le fait des injections antérieures.

Pied plat valgus; double opération d'Ogston. — Présentation du malade par M. Kirmisson.

Quelques fractures traitées par la méthode ambulatoire. — Présentation de malades par M. Reclus.

VARIÉTÉS

Paix et confraternité.

Le Dr Paul Archambaud, qui dirige avec un réel talent la *Revue médicale* et qui, dès le début de l'affaire Thomson, a pris avec un courage méritoire la défense des confrères incriminés, consacre sa dernière chronique aux réflexions que nous avons faites dans notre précédent numéro sur la lutte entreprise par un groupe de médecins contre ce qu'ils appellent les *officiels*. Cette lutte n'est pas niable et Archambaud la connaît mieux que nous, mais il nous reproche de prétendre que c'est le lapin qui a commencé. Il est bien possible que des *officiels*, pour continuer à employer cette expression, n'aient pas toujours eu toute la correction de langage désirable et qu'ils se laissent parfois aller à faire à l'hôpital, devant les élèves et même devant les malades, des réflexions désobligeantes pour les confrères de la ville ; les médecins eux-mêmes ne sont pas parfaits, mais les faits incriminés par notre confrère ne constituent que de très regrettables exceptions et nous croyons que bien peu de médecins ou chirurgiens des hôpitaux, arrivés au sommet, soient disposés à s'embusquer pour tirer sur leurs élèves, sur les lapins qui montent plus ou moins péniblement la colline. Quoiqu'en dise Archambaud, le contraire, actuellement, nous paraît plus commun et, sans aller bien loin, nous nous bornerons à reproduire, comme pièce à conviction dans ce procès, quelques passages d'un article paru avant-hier, 5 avril, non pas dans un journal politique, comme la citation faite par notre confrère, mais dans l'*Opinion médicale*, du Dr Lagelouze, qui défend, avec des formes différentes, il est vrai, les mêmes idées qu'Archambaud :

« Exaspérés de voir des chirurgiens sans titres officiels attirer la clientèle, les chirurgiens de l'école et des hôpitaux demandèrent à M. Brouardel de les débarrasser de leurs concurrents. M. Brouardel promit de saisir la première occasion que lui procureraient ses fonctions de médecin légiste, car il désirait ramener à lui des collègues que l'aventure Cornélius Herz avait aliénés.

« L'affaire Thompson se présenta. Le suicide de l'hystérique Mansuy se prêtait admirablement à la supposition d'un crime. Le juge d'instruction, ambitieux d'avoir sa cause célèbre, fit arrêter nos confrères sur l'avis de M. Brouardel. »

. . . . . .

« Pendant ce temps, les conjurés ne savaient pas contenir leur joie. Sur le ton ordinaire de sa niaiserie, le professeur Guyon racontait une histoire de banquet offert par lui, et auquel Boisleux avait assisté sans invitation ! Le sénateur Cornil — Cornil sans Ranvier ! — nous insultait. Pozzi, gynécologiste inconscient des responsabilités de l'heure présente, évoquait les gloires de l'internat.

« L'accoucheur Boissard voulait — pour leur apprendre à vivre — faire mourir toutes les femmes qui recherchent l'avortement. Enfin le syndicat Brouardel-Le Baron, pour plaire à son maître, manifestait contre les accusés et déclarait que « *sans se départir d'une prudente réserve, il conservait sa liberté d'action.....* » Il la conserve encore ! »

. . . . . .

« Le drame ainsi préparé pendant cinq mois, M. Brouardel, — retour de Venise, — consentit enfin à ne plus pro-

longer une cruelle détention, et le grand jour de la Cour d'assises arriva.

« Tandis que les magistrats faisaient leur entrée en robe rouge, M. Brouardel, rubicond après déjeuner, souriait aux sous-Brouardel qui l'entouraient, prêt à venger la société, — la société Faculté de Médecine limited. — Mais l'instruction était vide, le crime ne ressortait pas des débats. Un seul témoin, — et quel témoin ! — l'accoucheuse Biewlaska, celle qui possède une femme de chambre et dont les consultations coûtent vingt francs ! »

. . . . . .

« Mais le petit épicier des Batignolles, membre du jury, n'a pas vu le manque de mise au point. Derrière le témoin, il ne voit pas la figure louche du chirurgien Labbé. »

. . . . . .

« Mais le jury a condamné : la Faculté est victorieuse. M. Brouardel est réhabilité, maintenant. On va lui pardonner enfin Cornélius Herz. Mais la chirurgie est morte... et la Faculté de médecine n'en vaut pas mieux. »

Croire que la chirurgie est morte parce que Boisleux sera mis pendant quelque temps dans l'impossibilité de pratiquer de nouveaux curettages, c'est peut être aller un peu loin, mais que dites-vous de cette vigoureuse apostrophe ? Comme Brouardel, Guyon, Cornil, Pozzi, Boissard, Labbé, comme tous ces officiels sont bien arrangés ! Vous avez raison, Archambaud : l'auteur de cet article, notre confrère Lagelouze, est un lapin. A. Chevallereau.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 1er avril 1897, la chaire de pathologie expérimentale et comparée de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

L'Association des médecins de la Seine tiendra son assemblée générale annuelle le dimanche 11 avril, dans le grand ampithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel.

Hôpitaux de Paris (Amphithéâtre d'anatomie). — Programme des cours de la saison d'été (Année 1897). — 1° *Cours de médecine opératoire*, sous la direction de M. le Dr Quenu, directeur des Travaux scientifiques. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les Cours de médecine opératoire commenceront le lundi 26 avril 1897.

2° *Conférences d'histologie*. Des conférences sur l'Histologie pathologique continueront à être faites par M. le Dr Macaigne, chef du Laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique. — Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication de la présente affiche.

Asiles d'aliénés. — Par arrêté ministériel du 18 février 1897, M. le Dr Blin, médecin en chef de la colonie annexée à l'asile de Vaucluse, est compris dans la 3e classe du cadre. Il recevra, en conséquence, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de 5.000 francs déterminé par le décret du 19 octobre 1894.

Conseil municipal de Paris. — Dans sa séance du 31 mars, le Conseil a renvoyé à la 5e Commission une proposition de M. le Dr Dubois, ainsi conçue :

« Il y a nécessité à prévoir, dans le plan de campagne contre la tuberculose, la construction d'un ou de plusieurs établissements préventifs contre cette maladie. »

Il a également renvoyé devant la 5e Commission une proposition de M. Astier, pharmacien, ainsi conçue :

« M. le directeur de l'Assistance publique est invité à prescrire d'urgence les mesures suivantes :

« 1° Procéder à l'isolement des tuberculeux dans chaque hôpital ; à cet effet, affecter une ou plusieurs salles à cet isolement ;

« Service médical fait par un médecin du Bureau central ou à tour de rôle par les médecins dudit hôpital ;

« Service spécial d'infirmiers et d'infirmières spécialement instruits sur les mesures prophylactiques à prendre ;

« Obliger les malades à cracher dans leurs crachoirs munis d'un liquide antiseptique ;

« Munir chaque malade qui se lève d'un crachoir de poche dans lequel il devra expectorer ;

« Soins de propreté et de désinfection des crachoirs, des objets de literie, d'habillement ;

« 2° A défaut d'isolement complet, isolement partiel des tuberculeux dans chaque salle, à l'une des extrémités ; séparation par un système de paravent ;

« Affectation spéciale d'un infirmier ou d'une infirmière pour ces malades ;

« Défense aux tuberculeux de pénétrer ou de séjourner dans l'autre partie de la salle ;

« Défense expresse de placer les tuberculeux au milieu des autres malades dans la salle commune ;

« L'isolement permettra de satisfaire aux conditions d'hygiène, aération, repos et sommeil, alimentation plus facile et choisie, aux conditions d'antisepsie, lavage des parquets, désinfection des crachoirs et crachats, des objets de literie et des vêtements des tuberculeux.

« Il permettra aussi au personnel spécialement affecté à ces malades de prendre les mesures hygiéniques obligatoires pour éviter la contagion, ces infirmiers ou infirmières connaissant la nécessité de ces précautions ;

« 3° Surveiller les aliments, viande et lait, destinés aux hôpitaux ;

« Que le lait donné aux malades soit bouilli, sinon stérilisé ;

« Que la viande soit suffisamment cuite quand on en ignore la provenance.

« Le seul moyen de se rendre compte de l'inocuité des aliments, lait ou viande, consiste à faire passer par l'épreuve de la tuberculine les animaux qui doivent les fournir. »

M. le Dr Navarre a fait adopter les conclusions suivantes d'un rapport fait au nom de la 5e Commission :

« Le Conseil, vu le mémoire par lequel M. le Préfet lui soumet une demande de M. le directeur de l'Assistance pu-

ique tendant à l'inscription au budget hospitalier de 1897, r prélèvement sur le fonds de réserve de cette adminis- ation, d'un crédit de 6 millions de francs destiné à faire ce, jusqu'à due concurrence, aux dépenses d'hospitalisa- on et d'isolement dans des pavillons aménagés ou cons- uits spécialement à cet effet, dans les hôpitaux de Paris, es malades tuberculeux ;

« Vu le rapport présenté, au nom de la Commission de tuberculose, par MM. Grancher et Thoinot ;

« Vu l'avis du Conseil de surveillance de l'Assistance pu- lique du 17 décembre 1896,

« Émet l'avis qu'il y a lieu : 1° D'inscrire au budget de Assistance publique, au titre de la dépense, chap. 2, Dé- enses extraordinaires, Capitaux, sous-chap. 62, art. 11 nouveau), un crédit de 6 millions de francs destiné à faire ace, concurremment avec d'autres ressources à provenir le subventions à voter par le Conseil municipal de Paris et demander à la Commission de répartition du Pari mutuel, ux dépenses nécessitées par l'application des conclusions lu rapport de MM. Grancher et Thoinot.

« Étant entendu que les projets définitifs d'appropriation endant à la réalisation de cette opération seront soumis ultérieurement au Conseil.

« 2° D'inscrire au même budget, au titre de la recette, chap. 2, Recettes extraordinaires, sous-chap. 64, Capitaux, art. 11 (nouveau), une recette correspondante de 6 mil- lions de francs, à prélever sur le fonds de réserve de l'Ad- ministration ;

« 3° D'aliéner à cet effet, au cours de la Bourse et jusqu'à concurrence du capital nécessaire, une partie des rentes 3 p. 100 sur l'État provenant à l'Assistance publique de l'emploi et de la capitalisation des dixièmes de prix de vente d'immeubles. »

La proposition suivante, due à M. Breuillé, a été renvoyée devant la 5e Commission :

« L'Administration est invitée à se préoccuper d'assurer immédiatement, dans les conditions les plus hygiéniques, le logement du personnel infirmier des hôpitaux et hos- pices de l'Assistance publique.

La même Commission a enfin reçu la proposition sui- vante, de M. Paul Bernard :

« Il y a nécessité et urgence à construire à la Salpêtrière un pavillon (baraquement) pouvant contenir 25 ou 30 lits pour l'hospitalisation des malades hommes. »

Dans la séance du mardi 6 avril, une assez vive discus- sion s'est élevée à propos des cliniques.

M. Roger Lambelin questionne le préfet de police sur les mesures de surveillance qu'il entend appliquer aux cli- niques particulières de gynécologie.

M. Astier dit que la préfecture de police n'a pas à inter- venir dans les cliniques. Le diplôme de médecin ne donne pas le privilège des découvertes. Il cite Pasteur, Fauvel et tant d'autres. Il est de l'intérêt des malades que des pra- ticiens d'une autorité incontestable puissent installer des cliniques.

Je voudrais que dans tous les ordres, celui des avocats, et aussi dans le clergé, il y eût autant d'honorabilité que dans le corps médical.

M. Lépine, préfet de police, prend la parole pour deman- der le renvoi du projet de délibération que proposera M. Roger Lambelin à une Commission.

Il dit qu'il y a deux inspecteurs et une inspectrice char- gés spécialement de la surveillance des cliniques. Ces in- specteurs ne contrôlent pas les médecins, leur rôle est li- mité à la question hygiénique. Jusqu'à ce jour cet orga- nisme avait paru suffisant, mais des faits récents prouvent que le contrôle doit être plus délicat ; il se propose de faire appel au concours des lumières des membres du conseil d'hygiène et, chaque fois qu'il le pourra, il se fera rendre compte, par l'officier de l'état civil, des décès constatés dans les cliniques. Il ne croit pas cependant qu'il faille créer un monopole au profit de quelques grands opé- rateurs.

M. John Labusquière ne croit pas qu'il soit bon d'étendre davantage les attributions de la préfecture de police ; il suffit qu'elle contrôle l'hygiène des cliniques. Beaucoup de médecins n'ont pas attendu le procès Boisleux-La Jarrige pour se préoccuper des cliniques nombreuses qui se sont créées à Paris ; ce sont les prix exorbitants qu'exigent les grands opérateurs qui ont favorisé l'éclosion des ovariotomistes et des rabatteurs ; ce sont, d'ailleurs, les classes aisées qui ont le plus contribué à faire le succès et la for- tune de ces cliniques.

Il faut favoriser la science et son développement.

M. Roger Lambelin dit qu'il a voulu uniquement exiger des garanties spéciales concernant les cliniques. Son inten- tion n'est pas d'augmenter les attributions de la Préfecture de police ; il dépose un ordre du jour ainsi conçu :

Considérant que des abus graves se commettent dans les cliniques particulières et notamment dans celles de gyné- cologie ; que ces abus portent atteinte à la dignité du corps médical parisien et constituent un véritable danger pour la population ;

Le Conseil émet le vœu : que les pouvoirs publics entou- rent de garanties sérieuses l'ouverture et le fonctionne- ment des cliniques et propose, à cet effet, les mesures sui- vantes :

Tout médecin demandant à ouvrir une clinique devra avoir été antérieurement nommé à l'un quelconque des concours suivants : internat des hôpitaux de l'Assistance publique, internats de Saint-Lazare, des Quinze-Vingts et des Sourds-Muets. Le préfet de police autorisera l'ouver- ture sur l'avis favorable d'une commission médicale de cinq membres nommés par les pouvoirs publics ; d'autre part, un service d'inspecteur, organisé administrativement dans des conditions analogues à celui des établissements d'aliénés, sera chargé d'exercer une surveillance perma- nente sur les cliniques au point de vue de l'hygiène et de l'antisepsie.

Le renvoi à la 6e commission est prononcé après quel- ques observations de MM. André Lefèvre, Levraud et Paul Strauss.

XIIe Congrès international de Moscou (19-26 août 1897). — Immédiatement après le Congrès de Moscou, il sera organisé un train spécial, à l'usage exclusif des Con- gressistes régulièrement inscrits, pour une *Excursion gra- tuite* au Caucase.

On visitera Bakou (sources de naphte), Tiflis, Batoum (culture du thé), Soukhoum, Kalé et Novorowsysk. Retour à Moscou.

La nourriture et le logement seront assurés dans le train et les bateaux à vapeur spécialement affrétés à cet effet. — Les faux frais de cette excursion ne dépasseront pas 150 francs par personne, tout compris.

Ce voyage, extrêmement intéressant, sera forcément limité comme places. Aussi engageons-nous tous nos confrères à se faire inscrire dans le plus bref délai possible au secrétariat général du Comité français, 14, boulevard Saint-Germain.

Les femmes médecins en Autriche. — L'Université de Vienne a promu la semaine dernière, pour la première fois, une dame au grade de docteur en médecine.

La nouvelle doctoresse, Mlle Possanner, d'Ebrenthal, n'a obtenu qu'après de grandes difficultés l'assimilation de son diplôme de docteur en médecine de Zurich, en passant, conformément à une ordonnance ministérielle, tous ses examens à l'Université de Vienne.

Cours d'hygiène soclale, professé à l'Hôtel de Ville, Salle des Prévots. – La Conférence pratique du 11 avril aura lieu à neuf heures trois quarts du matin à l'usine de MM. Appert, maîtres verriers, rue des Chasses, à Clichy. — Départ par la gare Saint-Lazare pour Clichy-Levallois, à 9 heures 25 ; retour à midi précis. — Les Cours et les Conférences sont publics.

Banquet de l'Internat. — Le banquet de l'Internat en médecine des Hôpitaux de Paris aura lieu cette année, le samedi 1er mai, au restaurant Marguery, il sera présidé par M. le Dr Bucquoy.

Annuaire de l'Internat. — La 6e édition de l'annuaire publiée par les soins de l'*Association amicale des internes et anciens internes* est actuellement réimprimée et paraîtra le 1er mai. Les collègues qui ont changé de résidence, et les internes sortis de l'Internat dans les cinq dernières années sont instamment priés, s'ils ne l'ont pas déjà fait, de faire connaître leur adresse le plus tôt possible au secrétaire de l'Association, M. le Dr Feulard, 20, rue Saint-Georges, Paris. Il ne pourra être tenu compte d'aucune correction après le 15 avril.

Nécrologie. — Le Dr De Soyre, ancien chef de clinique du professeur Depaul, avec lequel il avait, a-t-on dit, quelque lien de parenté, vient de mourir à Nice où il s'était retiré depuis longtemps déjà. — Le Dr Duteuil, de Libourne, décédé subitement le 26 mars, à l'âge de 58 ans. — Le Dr Isnard, de Marseille, décédé le 15 mars, à l'âge de 70 ans. — Le Dr Rubino, de Marseille, décédé à l'âge de 39 ans.

La mortalité à Paris. — Pendant la treizième semaine, du 28 au 3 avril 1897, le service de la statistique a compté 948 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine dernière, 982 au lieu de la moyenne 1.006.

Les maladies épidémiques rougeole et coqueluche exceptées sont rares (12 au lieu de 8 et de la moyenne 54), la fièvre typhoïde a causé 3 décès au lieu de 4 et de la moyenne 19, la scarlatine 1 comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 3, la diphtérie 3 comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 24.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus.

On a signalé 3 décès par influenza, et 2 par variole. La rougeole continue l'ascension signalée la semaine dernière, 41 décès au lieu de 34 et de la moyenne 17, accusent une épidémie commençante surtout dans les quartiers excentriques, 8 décès dans le XIXe arrondissements, 7 dans le XIIIe, tous les arrondissements sont du reste touchés sauf ceux portant le nos 1, 2, 3, 6 et 7, la coqueluche subit également une aggravation, 13 décès au lieu de 1 et de la moyenne 10.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 23 décès au-dessous de 1 an au lieu de 39 et de la moyenne 35.

En outre 23 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 127 décès (au lieu de 133 pendant la semaine précédente et au lieu de 191, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 19 décès (au lieu de la moyenne 28); bronchite chronique 21 décès (au lieu de la moyenne 46); bronchopneumonie, 46 décès (au lieu de la moyenne 50); pneumonie 41 décès (au lieu de la moyenne 67). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 37 décès, dont 23 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 190 décès au lieu de la moyenne 217 ; la méningite tuberculeuse, 23 décès ; la méningite simple, 23 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 27 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 63 décès, et les maladies organiques du cœur, 66; le cancer a fait périr 51 personnes. Enfin, 30 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 23 suicides, et 15 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 356 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.133 enfants vivants (579 garçons et 554 filles), dont 788 légitimes et 345 illégitimes. Parmi ces derniers, 55 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 349 enfants, dont 13 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 85 seront nourris au sein et 264 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 116 mort-nés (dont 71 légitimes et 45 illégitimes).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des tumeurs cartiligineuses des fosses nasales, par le Dr J. Sicard de Plauzoles. Th. in-8, 90 p. — Paris, H. Jouve, 1897.

Manuel du chirurgien-dentiste. *Clinique dentaire et Dentisterie opératoire*, par Ch. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, J.-B. Baillière et fils, 1 volume in-18 de 288 pages avec 62 figures, cartonné. Prix : 3 fr.

Manuel élémentaire de Radiographie par l'emploi des rayons et application de la découverte du Dr Röntgen, par M. Georges Brunel, directeur des *Nouvelles Photographiques*. — 1 vol. in-16 carré, illustré de figures. Prix : 1 fr.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*